

# 小児科初診時間診票

記入日： 年 月 日

お子様の情報 氏名： (フリガナ：)

生年月日： 年 月 日生 ( 歳 ヶ月) 性別： 男児 女児

住所：〒

保護者様の情報 氏名： (続柄：)

連絡先：(携帯) (自宅)

## 主な症状 (複数回答可)

発熱 ( °C) 咳 鼻水 嘔吐 ( 回/日) 下痢 ( 回/日)

食欲不振 機嫌が悪い 発疹 けいれん その他 ( )

いつから： 今日 昨日 2-3日前 1週間前 それ以前(約 日前)

症状の経過： よくなっている 変わらない 悪くなっている

お子様の病歴 今までにかかった病気： 喘息 熱性けいれん アトピー 川崎病 その他

入院歴： なし あり (理由： 時期：)

手術歴： なし あり (内容： 時期：)

## アレルギー

薬： なし あり (薬剤名：) / 食物： なし あり (食品名：)

予防接種歴 (母子手帳をご持参ください)： 母子手帳持参 未持参

## 日常生活について

食事： 普通 小食 偏食 アレルギー食

睡眠： 良好 不良 ( )

排便： 1日 ( ) 回 性状： 普通 軟便 硬い

## ご家族について

同居家族： ご家族の既往歴 (アレルギー、喘息など)：

保育環境： 自宅 保育園 幼稚園 小学校 ( 年生) 中学校 ( 年生)

(施設名称： : クラス名)

※本問診票は適切な診療のために使用させていただきます。

本通みよしクリニック